

POTILASTURVALLISUUS INTRAOPERATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hämeenlinnan korkeakoulukeskus, hoitotyön koulutus, sairaanhoitaja

Kevät, 2020

Nea Nikkanen

Hoitotyön koulutus, sairaanhoitaja
Hämeenlinnan korkeakoulukeskus

Tekijä	Nea Nikkanen	Vuosi 2020
Työn nimi	Potilasturvallisuus intraoperatiivisessa hoitotyössä	
Työn ohjaaja/t	Paula Vikberg-Aaltonen	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla potilasturvallisuutta sairaanhoitajien näkökulmasta potilaan hoidon intraoperatiivisessa vaiheessa. Tähtöna on perehtyä leikkaussalissa intraoperatiivisen hoidon aikana tapahtuvaan potilasturvallisuuteen ja siihen, kuinka sairaanhoitaja voi omalla toiminnallaan vaikuttaa potilaan hyvään ja turvalliseen hoitoon. Työssä vastataan tutkimuskysymykseen: Miten leikkaussalisairaanhoitajat pystyvät omalla toiminnallaan vaikuttamaan potilasturvallisuuteen leikkaussalissa?

Opinnäytetyössä käsitellään aluksi käsitettä potilasturvallisuus ja mitä se pitää sisällään. Sen lisäksi työssä käydään läpi aiheita, jotka vaikuttavat potilasturvallisuuteen leikkaussalissa. Leikkaussali on hoitoympäristönä monimutkainen kokonaisuus, joka vaatii sairaanhoitajilta jatkuvaa ympäristön havainnointia. Leikkaussalissa työskentelee kolme sairaanhoitajaa, joilla jokaisella on oma roolinsa leikkauksen turvallisen läpiviemisen kannalta. Vaikka jokainen hoitaisi oman tehtävänsä, ei leikkauksen aikainen potilasturvallisuus välttämättä toteudu. Potilasturvallinen leikkaus vaatii lisäksi moniammatillista yhteistyötä, kommunikaatiota, tarkkaa raportointia tekemisistä sekä järjestelmällistä tarkastuslistojen käyttöä.

Tuloksissa käydään läpi moniammatillisen yhteistyön merkitystä sekä tiimityöskentelyn vaikutuksia potilasturvallisuuteen. Tuloksista käy ilmi, että potilasturvallisuus säilyy, mikäli leikkaussalissa on hyvää kommunikaatiota, viestintää ja raportointia leikkaukseen osallistuvien henkilöiden välillä. Tuloksissa korostetaan tiimityöskentelyn merkitystä ja tiimin jäsenten tuntemista, jotta välttyttäisiin komplikaatioilta. Tuloksissa kerrotaan, millaisia ominaisuuksia vaaditaan leikkaussalisairaanhoitajalta.

Avainsanat Potilasturvallisuus, intraoperatiivinen hoitotyö, leikkaussalisairaanhoitaja, leikkaussali, tarkastuslistat, kommunikaatio ja tiimityö

Sivut 30 sivua, joista liitteitä 3 sivua

Degree Programme in Nursing
Hämeenlinna University Center

Author	Nea Nikkanen	Year 2020
Subject	Patient Safety in Intraoperative Nursing	
Supervisors	Paula Vikberg-Aaltonen	

ABSTRACT

The purpose of this Bachelor's thesis was to describe patient safety from the perspective of nurses on the intraoperative phase of patient care. The aim was to study patient safety during intraoperative care in the operating room and how a nurse can influence the patient's good and safe care through his or her own actions. This thesis answers the research question: How can operating theater nurses influence patient safety in the operating room?

The thesis first deals with the concept of patient safety and what patient safety keep inside. In addition, the work deals with topics that affect patient safety on the operating room. The operating room as a treatment environment is a complex entity that requires nurses to continuously monitor the environment. Three nurses work in one operating room. Everyone has a role to play in the safe management of surgery. Even if everyone does their own job, patient safety may not be achieved during surgery. Patient safety surgery requires multi-professional collaboration, communication, accurate reporting of what is done and systematic use of checklists.

The results discuss the importance of multi-professional collaboration and the impact of teamwork on patient safety. The results indicate that patient safety will be maintained if there is good communication and reporting between the persons involved in the surgery in the operating room. The results emphasize the importance of teamwork and knowledge of team members to avoid complications. The results indicate what qualities are required of the operating room nurse.

Keywords Patient safety, intraoperative care, operating room nurse, operating room, checklist, communication and teamwork

Pages 30 pages including appendices 3 pages

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	POTILASTURVALLISUUS	2
2.1	Hoidon turvallisuus	4
2.2	Lääkehoidon turvallisuus.....	5
2.3	Laiteturvallisuus	6
3	POTILASTURVALLISUUTEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT LEIKKAUSSALISSA	6
3.1	Leikkaussali hoitoympäristönä.....	7
3.2	Hoitotyöntekijät potilasturvallisuuden edistäjinä.....	8
3.3	Moniammatillinen yhteistyö ja tiimityöskentely	9
3.4	Kommunikaatio, viestintä ja raportointi	10
3.5	Tarkastuslistojen käyttö leikkaussalissa	11
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYS.....	11
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	12
5.1	Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä	12
5.2	Aiheen rajausta.....	12
5.3	Lähdeaineiston kerääminen	13
5.4	Aineiston analyysi.....	14
6	TULOKSET	15
6.1	Hoitotyöntekijät potilasturvallisuuden edistäjinä.....	16
6.2	Moniammatillinen yhteistyö ja tiimityöskentely	17
6.3	Kommunikaatio, viestintä ja raportointi	18
6.4	Tarkastuslistojen käyttö leikkaussalissa	19
7	POHDINTA.....	20
7.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	21
7.2	Opinnäytetyön tuloksien pohdinta	22
	LÄHTEET	25

Liitteet

Liite 1 Tutkimuksen aineisto

1 JOHDANTO

Potilasturvallisuus on suuressa osassa hoidon laatua ja voidaankin ajatella, että potilasturvallisuus luo perustan hoidon laadulle. Jokaisella hoitotyön ammattilaisella on vastuu hoidon turvallisuudesta ja laadusta, jotta potilaan hoito toteutuu ilman potilaalle aiheutuvaa haittaa. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen, 2011, ss. 15–21) Potilasturvallisuus tarkoittaa kaikkea toimintaa, mikä edistää potilaan turvallista hoitoa ja samalla ehkäisee haittoja, joita vääränlainen hoito voi saada aikaan. (Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2019) Potilasturvallisesta hoidosta on säädetty lakeja, kuten Terveystieteidenhuoltolaki, joka velvoittaa, että hoito on asianmukaisesti toteutettua, laadukasta ja turvallista. Muita potilasturvallisuuden puolesta puhuvia lakeja ovat esimerkiksi Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, Laki terveystieteidenhuollon ammattihenkilöistä sekä Potilasvahinkolaki. (Helovuori ym. 2011, ss. 15–21, 38–40) Potilasturvallisuus on käsitteenä laaja ja se voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen: hoidon turvallisuus, lääkehoidon turvallisuus sekä laiteturvallisuus. (Stakes ja Lääke-hoidon kehittämiskeskus Rohto, 2006, s. 5)

Perioperatiivinen hoitotyö on sairaanhoitajien leikkausosastolla toteuttamassa työtä, mikä pitää sisällään kolme eri vaihetta: pre-, intra- ja postoperatiivisen hoitotyön. Turvallisuus, terveyskeskeisyys ja hoidon jatkuvuus muodostavat perioperatiivisen hoitotyön periaatteet. (Lukkari, Kinnunen & Korte, 2013, ss. 17–20) Vuorovaikutus leikkausosastolla eri ammattiryhmien välillä on parhaimmillaan saumatonta yhteistyötä. Vuorovaikutus yhdistää eri ammattiryhmien tietoja ja taitoja, jotta voitaisiin luoda potilaan hoitoon turvallinen hoitoympäristö potilasturvallisuuden ja hoidon laadun takaamiseksi. (Karma, Kinnunen, Palovaara & Perttunen, 2016, s. 19) Potilaan taustoista ja tilanteesta tiedottaminen suullisesti sekä kirjallisesti on suuressa osassa potilaan hoidon vaihtuessa osastolta toiselle sekä aina hoitajan vaihtuessa. (Lukkari ym., 2013, ss. 17–20)

Intraoperatiivisen hoitotyön lähtökohtana on saada potilas tuntemaan olonsa hyvinvoinniksi ja turvalliseksi (Lukkari, ym. 2013, s. 239). Intraoperatiivinen hoitotyö alkaa siitä, kun potilas vastaanotetaan leikkausosastolle. Vastaanotonyhteydessä leikkaussalihenkilökunta saa potilaasta selkeän ja ytimekkään raportin potilaan yleisilasta sekä sairauksista. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist, 2016, s. 108) Intraoperatiivinen vaihe pitää sisällään potilaan henkisen tukemisen, turvallisen siirtämisen leikkauspöydälle, turvallisen leikkausasennon laittamisen, potilaan voimien ja tajunnantason arvioimisen, aseptisten olosuhteiden luomisen ja ylläpitämisen, hoidon tarkan kirjaamisen ja raportoinnin (Lukkari, ym., 2013, s. 20).

Intraoperatiivinen hoitotyö on intensiivistä työtä, jossa työskennellään monen eri ammattiryhmän edustajan kanssa. Leikkauksen aikainen

hoitotyö keskittyy tyydyttämään jokaisen potilaan perus- ja erityistarpeita. Hoitajan on tärkeä huomioida potilaan henkinen tukeminen ja pyrkiä luomaan potilaalle turvallisuuden tunne. Näiden tehtävien lisäksi leikkauksen aikana hoitajat huolehtivat potilaan turvallisuuden säilymisestä sekä elintoimintojen, tajunnantason ja potilaan voinnin tarkkailusta. (Ahonen, ym. 2016, s. 108)

Tämä opinnäytetyö keskittyy tarkastelemaan potilasturvallisuutta intraoperatiivisessa hoitotyössä sairaanhoitajan näkökulmasta. Opinnäytetyössä käytetään sanaa hoitaja, jolla tarkoitetaan leikkausosastolla työskenteleviä anestesia-, instrumentti- ja valvovahoitajia. Opinnäytetyössä ei käsitellä tarkemmin haitta ja vaaratapahtumia, vaan tarkoituksena on keskittyä toimiin, joilla saadaan luotua potilasturvallinen hoito. Nykypäivänä potilasturvallisuutta korostetaan entistä enemmän, minkä takia haluan opinnäytetyössäni tuoda ilmi asioita, jotka vaikuttavat leikkaussalissa potilaan turvallisuuteen. Opinnäytetyön aihe on rajattu efektiivisiin leikkauksiin, eli suunniteltuihin leikkauksiin, jolloin päivystykselliset eli kiireelliset leikkaukset jäävät tarkastelun ulkopuolelle. Tämä raja on tehty siitä syystä, että päivystykselliset leikkaukset ovat luonteeltaan hyvin erilaisia kuin suunnitellut leikkaukset. Päivystysleikkaukset voivat olla niin kiireellisiä, ettei kaikkiin potilaan turvallisuuteen liittyvin seikkoihin keretä puuttua vaan tärkeämpää on saada leikkaus nopeasti alkamaan, jotta saadaan mahdollisesti pelastettua potilaan henki. Huolimatta päivystysleikkausten kiireellisyydestä on silti muistettava potilaanturvallisuuteen liittyvät peruseikat.

2 POTILASTURVALLISUUS

Potilasturvallisuus on määritelty vuonna 2011 asetetussa Suomen Terveysturvalaissa (1326/2010). Lain 8 §:ssä käsitellään terveydenhuollon toimintoja sekä potilasturvallisuutta. Pykälän mukaan: ”Terveysturvalan toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveysturvalan toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua.” (Terveysturvalaki 1326/2010 § 8)

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan, että potilas saa tarvitsemaansa hoitoa oikea aikaisesti siten, ettei hoidosta aiheudu potilaalle vahinkoa (Terveysturvala ja hyvinvoinnin laitos, 2011, s. 7). Sosiaali- ja terveysministeriön (2017, s. 12) mukaan potilas- ja asiakasturvallisuudella tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevien henkilöiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimintoja, joiden tarkoituksena on huolehtia, että hoito ja hoiva ovat turvallisia, eikä potilas vahingoitu hoidon aikana. Potilasturvallisella hoidolla pyritään edistämään potilaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia.

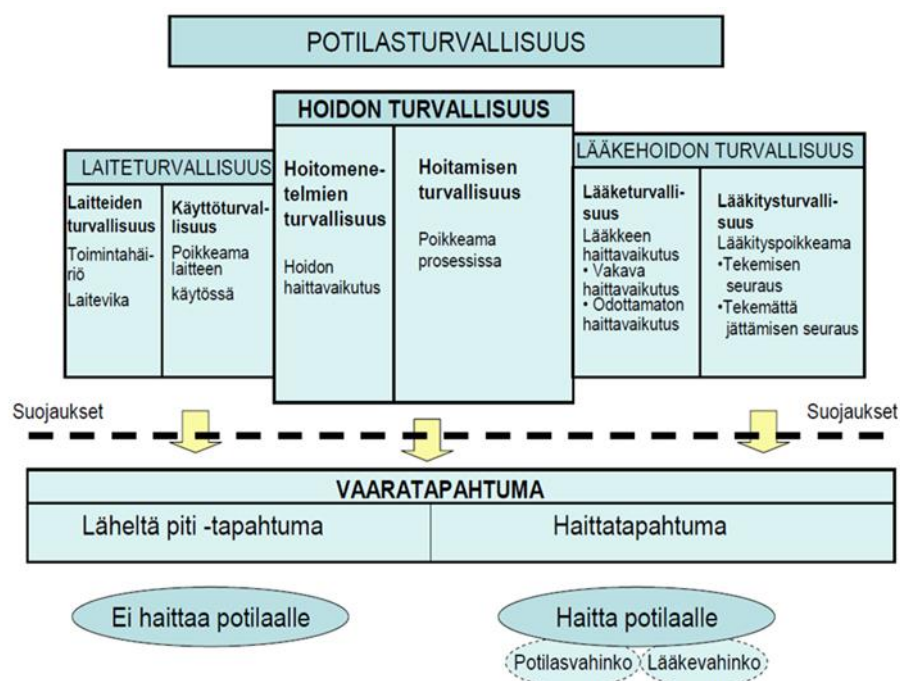
Potilasturvallisuuden tavoitteena on ehkäistä, välttää ja lievittää potilaan hoidossa tapahtuvia toiminnasta johtuvia haittoja tai vammoja. Tärkeintä on ymmärtää potilasturvallisuuden parantamisen kannalta, ettei yksilö, laite tai yksikön toiminta ole yksin vastuussa potilaalle tapahtuvista toimista, vaan kaikki nämä toimivat vuorovaikutuksessa keskenään. Turvallisuuden edistäminen lähtee liikkeelle organisaatiosta ja siitä, kuinka organisaatio ymmärtää turvallisuuden kehittymisen vuorovaikutuksen kautta. (Helovuori ym., 2011, s. 14) Potilasturvallisuuden ylläpitämiseksi ja edistämiseksi on luotu useita työkaluja, joiden vaikutusta itse potilasturvallisuuteen on lähes mahdoton osoittaa. Tarkastusmenetelmiä ja -listoja on käytetty terveydenhuollon parissa jo pitkään, mutta WHO:n vuonna 2009 julkaiseman kirurgisen tarkastuslistan jälkeen tarkastuslistojen noudattamisesta on tullut systemaattisempaa. (Aaltonen & Rosenberg, 2013, s. 17)

Terveydenhuollossa tapahtuu jatkuvasti muutoksia, jotka vaikuttavat potilasturvallisuuteen. Uusia lääkkeitä ja teknologiaa tulee käyttöön lääketieteen kehityksen myötä, jolloin uusien asioiden hallintaan ja oikeaan käyttöön tulee kiinnittää enemmän huomiota. (THL, 2011, s. 9) Potilasturvallisuuden parantaminen edellyttää asenteiden muutosta, vastuullista toimintaa sekä asiaan kuuluvaa koulutusta (Aaltonen & Rosenberg, 2013, s. 19).

Potilasturvallisuuteen on Suomessa aloitettu kiinnittämään enemmän huomiota 2000-luvun alussa. Vuonna 2006 käynnistettiin potilasturvallisuustyö projekti, jonka edistämisestä huolehti sosiaali- ja terveysministeriö. Työn tuloksena valmistui ensimmäinen potilasturvallisuusstrategia, joka laadittiin vuosille 2009–2013. Myöhemmin sosiaali- ja terveysministeriö on uudistanut potilasturvallisuusstrategiaa ja nimennyt sen potilas- ja asiakasturvallisuusstrategiaksi, joka on laadittu vuosille 2017–2020. Strategian näkökulmina toimivat turvallisuuskulttuuri, vastuu, johtaminen ja säädökset. Potilasturvallisuusstrategian mukaan potilasturvallisuudesta huolehditaan parhaiten, kun siirretään huomio yksittäisestä toimijasta ja virheistä potilaalle aiheutuvien haittojen minimoimiseen. Turvallisuuden parantamisessa suuressa osassa ovat myös palvelujärjestelmät, joita arvioimalla ja tutkimalla saadaan poistetuksi järjestelmän sisältävät riskit ja samalla saadaan selkeytettyä palvelujärjestelmän toimintaa. (STM, 2017, ss. 13, 20)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen potilasturvallisuusoppaan (2011, s. 9) mukaan kansainvälisten potilasturvallisuuskartoitusten perusteella on pystytty arvioimaan, että joka kymmenes sairaalapotilas kokee hoitonsa aikana haittaa, joka sadas potilas vakavan haitan ja yhdellä tuhannesta potilaasta haitta tai virhe johtaa kuolemaan. Suomessa kartoituksia ei ole tehty, sillä on arvioitu, että muualta maailmasta saadut tulokset kuvaavat hyvin myös Suomen tilannetta. Kartoituksia tehneiden tutkijoiden mukaan, jopa puolet tapahtuneista haittatapahtumista olisivat estettävissä ennakoimalla riskejä, seuraamalla järjestelmällisesti toimintaa sekä oppimalla sattuneista haitta- ja vaaratapahtumista.

Potilasturvallisuus on käsitteenä laaja, koska se on osa hoidon laatua ja turvallisuutta. Potilasturvallisuus voidaan jakaa hoidon, lääkehoidon ja laitteiden turvallisuuteen. Vaikkakin lääkehoidon turvallisuus ja laitteiden käyttöturvallisuus ovat osa hoidon turvallisuutta, on ne haluttu nostaa omiksi osa-alueiksi niiden tärkeyden vuoksi. Kaikissa kolmessa osa-alueessa on tunnistettavissa menetelmän turvallisuus sekä hoitoprosessin turvallisuus. Menetelmän turvallisuus pitää sisällään haittavaikutukset, jotka aiheutuvat joko hoidon tai lääkkeen haittavaikutuksista sekä laitteen toimintahäiriöstä. Vastaavasti hoitoprosessin turvallisuudessa puhutaan poikkeamista suunnitellussa hoitoprosessissa, jolloin hoitoprosessin turvallisuus vaarantuu. (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto, 2006, s. 5) Kuvassa 1. on havainnollistettu potilasturvallisuuden jakautumista osa-alueisiin ja mitä kukin osio pitää tarkemmin sisällään.



Kuva 1. Potilasturvallisuuden osa-alueet (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006).

2.1 Hoidon turvallisuus

Hoidon turvallisuus on keskeisessä osassa potilasturvallisuutta. Se pitää sisällään hoitomenetelmien turvallisuuden sekä hoitamisen turvallisuuden. (Helovuoma ym., 2011, s. 14) Hoitamisen turvallisuuteen liittyvät poikkeamat hoitoprosessissa, jotka tulevat tietoon vaaratapahtumailmoituksien kautta (Härkönen, 2012, s. 9). Turvallinen hoito on oikealla tavalla oikea-aikaisesti toteutettua hoitoa, jossa pyritään hyödyntämään potilaan olemassa olevia voimavaroja. Oikeanlaisella hoidolla pyritään huolehtimaan, ettei potilaalle aiheudu hoidon myötä haittaa. (Ahonen ym., 2016, s. 63)

Nykyinen vuonna 2017 voimaan tullut asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia nostaa potilaan aktiiviseksi osallistujaksi potilasturvallisuuden varmistamisessa. Strategian mukaan potilaan tulisi osallistua oman hoitonsa suunnitteluun, tuoda esille omia toiveita, tarpeita ja huoliensa sekä ilmaista hoitoon liittyviä askarruttavia kysymyksiä. Strategian mukaan potilas saa itse päättää, kuinka paljon hänen läheisensä saavat osallistua potilaan hoitoon sekä kuinka paljon läheisille kerrotaan potilaan hoidosta. (Potilasvakuutuskeskus, 2019)

2.2 Lääkehoidon turvallisuus

Lääkehoidon turvallisuus pitää sisällään sekä lääketurvallisuuden että lääkitysturvallisuuden. Lääketurvallisuus kattaa lääkkeen aiheuttamat haittavaikutukset, kun taas lääkitysturvallisuus lääkityksessä tapahtuneet poikkeamat, kuten tekemisen, tekemättä jättämisen tai suojauksen pettämisen. (Helovuori ym. 2011, s. 14) Potilaan näkökulmasta turvallinen lääkehoito tarkoittaa oikeaa lääkettä, oikealla annoksella, oikea-aikaisesti, oikealla antotavalla annettuna. Virheet lääkehoidossa ovat usein inhimillisen erehdyksen seurausta, mutta silti potilaan turvallisuus ei saisi koskaan vaarantua virheiden takia. (Suomen Potilasturvallisuusyhdistys, 2019)

Tarkemmin katsottuna lääketurvallisuuteen liittyvät lääkkeen farmakologiset ominaisuudet, niiden tunteminen sekä laadukkaasti valmistetut lääkkeet. Lääketurvallisuudesta huolehditaan myyntilupamenetelmän avulla ja luvan myöntämisen jälkeen tarkkaillaan lääkkeen aiheuttamia haittavaikutuksia. Lääkitysturvallisuus puolestaan kattaa yksilön ja organisaation toiminnan ja periaatteet, joiden mukaan pyritään varmistamaan lääkehoidon turvallisuus ja estämään potilaan vahingoittuminen. Lääkitysturvallisuuden tarkoituksena onkin ehkäistä, välttää ja korjata haittatapahtumia liittyen lääkkeiden käyttöön. (Stakes ja Lääkkeiden kehittämiskeskus Rohto, 2006, ss. 7–8)

Lääkityksessä tapahtuvat poikkeamat ovat yleisiä, ja ne voivat aiheuttaa potilaalle vakavia haittoja ja pahimmassa tapauksessa potilaan kuoleman. Lääkehoidossa tapahtuvat haittatapahtumat ovat suurelta osalta ehkäistävissä, mutta haittojen ehkäiseminen kokonaisvaltaisesti vaatisi tarkkaa potilasturvallisuustyötä lääkehoitoprosessin jokaisessa vaiheessa. Lääkehoidon turvallisuudesta huolehtimisen avuksi on kehitetty suojamekanismeja, joiden tarkoituksena on välttää vakavien haittojen syntyminen. (Inkinen, Volmanen, Hakoinen & (toim.), 2015, ss. 9–10, 16)

Lääkehoitosuunnitelma on osa terveydenhuoltolain 8 §:ssä säädettyä laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelmaa. Kunkin toimintayksikön tulee laatia lääkehoitosuunnitelma, jonka tarkoituksena on huolehtia lääkehoidon turvallisuudesta sekä perehdyttää lääkehoitoon osallistuvia henkilöitä. Suunnitelmassa on käsitelty koko lääkehoidon toteuttaminen ja tarvittaessa työn johto muuttaa suunnitelmaa vaaratapahtumien avulla ilmi tulleiden

epäkohtien osalta. Lääkehoitosuunnitelma tulisikin tarkistaa vähintään kerran vuodessa tai aina, kun säädöksissä, toiminnassa tai olosuhteissa tapahtuu merkittäviä muutoksia. (Inkinen, ym., 2015 ss. 12–13)

2.3 Laiteturvallisuus

Laiteturvallisuus pitää sisällään itse laitteen turvallisuuden, mutta myös laitteiden käytön turvallisuuden (Helovuo ym., 2011, s. 14). Laiteturvallisuuden kehittäminen on pitkä prosessi, jotta laite täyttää turvallisuuden vaatimukset. Ennen uuden tuotteen markkinoille pääsemistä on laitteen valmistajan todistettava laitteen turvallisuus, käyttötarkoitukseen sopivuus sekä laitteen suorituskyky. Lopullinen huolehtiminen laitteiden turvallisuudesta käytöstä ja toimintakunnosta jää sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden vastuulle. Heidän tulisi varmistaa, että jokainen laitetta käyttävä henkilö on saanut koulutuksen laitteen käyttöön ja tarpeen tullen laitteen käyttöohjeet ovat saatavilla. Mikäli laitteen käytön yhteydessä ilmenee vaaratilanne, on siitä tehtävä ilmoitus laiteturvallisuudesta vastaavalle taholle, Valviralle. (Valvira, 2017)

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010) määrittelee laitteiden turvallisuutta sekä niiden turvallista käyttöä. Laitteilla laki tarkoittaa instrumentteja, laitteita, välineitä, ohjelmistoja, materiaaleja sekä muita potilaan hoidossa käytettäviä laitteita, joita käytetään joko yksinään tai yhdessä toisen laitteen kanssa. Terveydenhuollossa käytettävät laitteet täyttävät vaatimukset, mikäli laite on suunniteltu, valmistettu sekä varustettu kansallisten standardien mukaisesti. Lain nojalla laitteen tulee sopia käyttötarkoitukseensa ja käytöllä saavuttaa sille tarkoitettu toimivuus ja suorituskyky. Laitteen käyttö ei saa vaikuttaa potilaan, käyttäjän tai muun henkilön turvallisuuteen tai terveyteen. Hoitajan on pidettävä huolta siitä, että hänellä on laitetta käytettäessä laitteen käytön vaatima koulutus ja kokemus sekä tarvittaessa hoitajalla tulee olla saatavilla laitteen käyttöohjeet.

Lääkinnällisistä laitteista on säädetty Euroopan parlamentissa sekä neuvostossa asetus (2017/745), jonka mukaan pyritään varmistamaan lääkinnällisten laitteiden moitteeton toiminta. Asetuksen taustalla on ajatus siitä, että pystyttäisiin suojaamaan korkeatasoisesti potilaiden ja käyttäjien terveys. Samaisessa asetuksessa on lääkinnällisille laitteille asetettu korkeat laatu- ja turvallisuusvaatimukset. Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista annetun lain muuttamiseen (2017/639) on tullut voimaan Euroopan parlamentin ja neuvoston asetuksen pohjalta. (EUR-Lex, 2017)

3 POTILASTURVALLISUUTEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT LEIKKAUSSALISSA

Kirurgisten toimenpiteiden taustalla on pyrkimys parantaa potilaan elämänlaatua ja päivystyksellisissä toimenpiteissä jopa pelastaa ihmishenkiä.

Jokaiseen leikkaukseen liittyy kuitenkin riskejä, sillä riskitöntä kirurgiaa ei ole olemassa. Jokaisen leikkauksen kohdalla on mietittävä leikkauksen aiheuttavat hyödyt ja haitat potilaskohtaisesti. Leikkauksen onnistumisen kannalta on oleellista riittävä kokemus ja kyky valita potilaalle paras ja turvallinen hoito. Leikkaussalin yksi perusperiaatteista on potilasturvallisuus, jonka säilyttämiseksi pyritään kehittämään turvallisuuskeskeistä ajattelua ja vastuullista toimintakulttuuria. (Haapiainen, 2013, ss. 37–40)

Potilasturvallisuus ei synny yksittäisen ammattihenkilön klinisen osaamisen ja virheettömän työskentelyn seurauksena. Potilasturvallisuuden toteutuminen vaatii koko hoitoprosessin ajaksi sen toteuttajilta sujuvaa yhteistyötä, tiedonkulun virheetöntä kulkua, sisäisten ja ulkoisten resurssien käyttöä sekä selkeää työnjakoa eri ammattiryhmien välillä. Tehokas tiimityö syntyy osaamisen kautta. Tiimissä jokaisen henkilön tulee olla ammatitaitoinen sekä pystyä työskentelemään omassa tehtävässään. Suoriutuminen omista tehtävistä ei synnytä sujuvaa tiimityötä vaan työntekijöiden on tiedettävä oma paikkansa ja roolinsa tiimissä ja tiedettävä omat tehtävänsä osana tiimiä. (Helovuori ym., 2011, s. 182)

3.1 Leikkaussali hoitoympäristönä

Leikkaussalissa työskentelee monen eri ammattiryhmän edustajia, joilla jokaisella on annettavissa oma panoksensa potilaan hoidon lopputulokseen (Tengvall, 2010, s. 5). Leikkausosastoilla suurimman osan henkilökunnasta muodostavat sairaanhoitajat, joiden tarkoituksena on vastata potilaan kokonaishoidosta. Muina henkilöinä leikkausosastolla ovat lääkärit, avustava henkilökunta, lääkintävahtimestarit, osastosihteerit, lähihoitajat sekä laitoshuoltajat. Monen eri ammattiryhmän edustajan yhteistyö on ennalta sovittua, jotta toiminta leikkausosastolla olisi mahdollisimman sujuvaa. Vakihenkilökunnan lisäksi leikkausosasto ohjaa eri ammattiryhmien opiskelijoita. (Lukkari, ym., 2013, ss. 46–47)

Leikkaussali työympäristönä on alati kehittyvä ja monimutkainen paikka, joka vaatii työntekijältään hyvää ammatillista pätevyyttä. Nopeasti muuttuvien tilanteiden takia leikkaussalissa työskenteleviltä henkilöiltä vaaditaan hyviä ammatti-, vuorovaikutus- ja kommunikaatiotaitoja. (Karma ym., 2016, ss. 8–11) Hoitohenkilöstölle leikkaussali on työskentelyolosuhteiltaan stressaava ja fyysisesti raskas. Psyykkistä stressiä aiheuttamassa leikkaussalissa ovat pitkät, tauottomat ja erityistä keskittymistä vaativat toimenpiteet. Fyysistä rasitusta leikkauksessa ja anestesiassa ovat aiheuttamassa voimaa vaativat siirrot sekä epäergonomiset työskentelyasennot. (Tengvall, 2010, s. 9)

Leikkaussali on hoitoympäristönä potilaalle pelottava paikka, jolloin henkilökunnan asiallinen käyttäytyminen ja ammatillinen toiminta korostuvat, jotta potilaalle saadaan luotua peloton olo. Leikkaussalissa työskentelyn tulisi tapahtua rauhallisessa ilmapiirissä, jossa työskentely olisi yhteistöminnältään sujuvaa. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan ammattialueen

vankkaa hallintaa, eettistä toimintaa, päätöksentekokykyä, verkostoitumis-, vuorovaikutus- ja yhteistyötaitoja, ohjaustaitoja, kirjaamistaitoja sekä henkilökunnan tulee kouluttaa itseään ja päivittää jatkuvasti omia taitojaan leikkaussalissa. (Tengvall, 2010, ss. 7–9)

Leikkausyksikön toimintaan vaikuttaa se, toteutetaanko leikkausyksikössä useamman erikoisalan toimenpiteitä sekä tehdäänkö päivystyksellisiä leikkauksia. Erikoisalojen kasvaessa henkilöstön määrä kasvaa ja samalla kasvaa hoitotyön vaativuus. Toisaalta mitä isommasta leikkausyksiköstä on kysymys sitä paremmin hoitohenkilöstö pystyy keskittymään yhteen erikoisalaan, kun taas pienemmässä leikkausyksikössä hoitohenkilöstö saat-
taa joutua hoitamaan useampaa erikoisalaa. (Tengvall, 2010, ss. 6, 8)

3.2 Hoitotyöntekijät potilasturvallisuuden edistäjinä

Leikkaussalissa työskentelee useampi sairaanhoitaja, jolla jokaisella on oma tehtävänsä leikkauksen onnistumisen kannalta. Pääsääntöisesti leikkaussalissa työskentelee anestesia-sairaanhoitaja, instrumenttisairaanhoitaja sekä valvova sairaanhoitaja. Valvova- sekä instrumenttihoitaja voivat vaihtaa roolejaan leikkaussalissa päikseen päivän aikana. Leikkaussalihoitajien osaaminen voidaan jakaa osa-alueisiin, joita ovat aseptiikka ja turvallisuus, dokumentointi ja kommunikaatio, leikkaushoidon tekniikka, lääke- ja anestesiahoito, hoitovalmistelut, hoidon yksilöllisyys, äkilliset erityistoiminnot ja leikkauksen asennosta huolehtiminen. (Tengvall, 2010 s. 37; Widgren, 2013, ss.15–16)

Ensisijaisena leikkaushoitajan ammatillisessa pätevyydessä korostuu aseptiikka sekä turvallisuuden hallinta. Asenteet, tiedot ja taidot aseptiikasta ja desinfektiosta vaikuttavat potilaan hoidon turvallisuuteen. Potilaan hoidon turvallisuuteen kuuluu komplikaatioiden ehkäisy, joka varmistetaan tarkistamalla välineistö, leikkauksessa käytettävät instrumentit sekä pidetään yllä toimintavalmiutta. Leikkaushoidon tekniikka pitää sisällään leikkaussalin valmistamisen potilaan tuloa varten, sujuvan instrumentaation, toiminnan ennakkoinnin sekä leikkauksessa käytettävien liinojen ja terävien instrumenttien tarkistuslaskennan. Kolmantena osa-alueena lääke- ja anestesiahoitoon osaaminen pitää sisällään anestesia-aineiden tietämyksen ja yhteistyön anestesiahoitajan kanssa. Lääkkeiden käytön hallintaa sekä farmakologista tietämystä. Tähän osa-alueeseen kuuluu vahvasti myös elvytyksen kulun tietäminen. Äkillisiin erityistoimintoihin leikkaushoitajan työssä kuuluu tilannearviointi ja hengenvaarallisten tilanteiden tunnistaminen. (Tengvall, 2010, s. 107)

Instrumenttoivan sairaanhoitajan vastuulla on leikkauksessa leikkausalueen ja välineiden käyttövalmiuteen saattaminen, steriilin alueen luominen ja steriliteetistä huolehtiminen sekä instrumentointi leikkauksen aikana. Valvovan hoitajan työnkuvaan kuuluu koko leikkaustiimin avustaminen, potilaan turvallisuudesta huolehtiminen sekä leikkaussalissa tapahtuvan toiminnan valvominen. (Widgren, 2013, s. 15) Erityisen tärkeä rooli

valvovalla hoitajalla on leikkausasennon laittamisessa, jotta potilaan olisi turvallista olla asennossa koko leikkauksen ajan. Leikkausasennon laittamisissa tärkeää on huomioida kirurginen toimenpide, anestesiaumuoto sekä ehkäistä erilaisien komplikaatioiden syntyminen. (Tengvall, 2013, s. 108)

Anestesiahoitajan tulee osata ennakoida anestesian aikana tapahtuvia muutoksia ja osata reagoida tilanteen vaatimalla tavalla. Hoitajan tulee osata toimia hätätilanteessa ja hallita elvytyksen perusseikat. Muina anestesiahoitajan osaamisalueina ovat potilaan lämpötasapainosta huolehtiminen, anestesiaumotojen tietäminen, niiden haitoista, eduista ja vasta-aiheista tietäminen sekä hänen tulee hallita anestesian ylläpito anestesiaalääkärin antamien ohjeiden mukaisesti. (Tengvall, 2010, s. 74)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevillä ammattihenkilöillä on vastuu taata potilaalle turvallinen ja laadukas hoito. Hoitotyöntekijöiden tulisi pyrkiä virheettömään toimintaan tarkkaavaisuutta ja huolellisuutta noudattaen, jotta virheiltä välttyttäisiin. Vaaratapahtumia ehkäistäkseen on turvaututtava ennakoivaan ajattelutapaan, jonka tavoitteena on riskien tunnistaminen ja hallitseminen. (Helovuori ym. 2011, s. 21)

Turvallisen työskentelyn pohjana on, että työntekijällä on riittävät edellytykset suoriutua omasta työstään mahdollisimman hyvin. Työtehtävistä suoriutuminen vaatii työntekijältä stressin ja työkuorman hallintaa, riittävää vireystilaa sekä lepoa niin työvuorojen välillä kuin työvuoron aikana. Työntekijöiden välinen aktiivinen tiedonkulku ja kommunikaatio auttavat ehkäisemään unohduksia ja väärinkäsityksiä, joita voi sattua, mikäli työntekijän toiminta ei ole huolellista ja hänen vireystilansa ei ole parhaimmillaan. Työntekijöiden välillä on oltava selvä keskeinen työnjako, jonka avulla työtehtävät tulevat hoidetuksi ajallaan. Perusteellinen kirjaaminen ja dokumentointi potilaan tilasta on ammattihenkilöstön keskeinen työtehtävä. Kirjaaminen luo perustan potilasturvallisuuden hallintaan. Se myös takaa laadukkaan ja turvallisen hoidon antamisen, kun kirjaamista toteutetaan oikein. (Helovuori ym. 2011, ss. 72, 77–81)

3.3 Moniammatillinen yhteistyö ja tiimityöskentely

Moniammatillisessa yhteistyössä työntekijöillä on oltava yhteinen päämäärä. Jos jonkin ammattiryhmän edustaja ei ole sitoutunut täysillä omaan tekemiseensä, kärsii muiden työpanos ja usein leikkaukset venyvät sekä potilaan infektioriski kasvaa. Toisaalta jos kirurgi ei ole ajan tasalla siitä mitä tulisi tehdä, ei taitavakaan instrumenttihoitaja voi edistää toimenpiteen kulkua. Moniammatillisten ryhmien yhteistyöhön vaikuttavat tekijät voidaan jakaa rakenteellisiin tekijöihin sekä prosessitekijöihin. Rakenteelliset tekijät vaikuttavat ryhmän kiinteeseen, kun taas prosessitekijät vaikuttavat estävästi tai edistävästi toiminnan onnistumiseen. (Lukkari, ym., 2013, ss. 48–49) Moniammatillisen yhteistyön jäsenistä leikkaus- ja anestesiahoitajilla on positiivisempi asenne tiimityöskentelyä kohtaan kuin kirurgeilla ja anestesiaalääkäreillä. (Tengvall, 2010, ss. 12–13)

Moniammatillisen tiimin jäsenten toimiessa hyvin yhteen ammattien väliset hierarkkiset erot hälvenevät ja tiimin jäsenet pystyvät työskentelemään avoimessa suhteessa huolehtien toinen toistensa toiminnasta. Mikäli leikkaussalissa työskentelevän tiimin viestintäilmapiiirissä on jotakin häikkää, voi potilaan turvallisuus vaarantua, kun havaitaan virheitä, mutta niistä ei uskalleta sanoa ääneen. (Helovuori, 2011, ss. 182–183)

Moniammatillista yhteistyötä vaikeuttamassa on epävarmuus, alati muuttuva leikkaustiimi, ylitoiden tekeminen, täydellisyyden tavoittelu sekä vuorovaikutuksen ongelmat. Leikkaussalissa tiimin jäsenten välillä voi olla huomattavissa epäasiallista käyttäytymistä, häirintää, vähättelyä, tiedon pimmittämistä sekä työn teon hankaloittamista eri tavoin. Jotta pystytään työskentelemään jouhevasti moniammatillisessa yhteistyössä kaikki huomioon ottaen, tulisi tiimin jäsenten omaksua rakentavan palautteen antaminen ja saadun palautteen hyväksyminen. Palautteen avulla pystytään puuttumaan leikkaustiimin sisällä tapahtuvaan virheelliseen toimintaan. Moniammatillista yhteistyötä tulisi kehittää yhteistyö- ja vuorovaikutustaitojen kautta simulaatiokoulutusten avulla, jossa koko leikkaustiimin jäsenet kouluttautuisivat yhdessä. (Tengvall, 2010, s. 13)

3.4 Kommunikaatio, viestintä ja raportointi

Kirurginen potilas joutuu hoitonsa aikana siirtymään useita kertoja osastolta toiselle, jossa työskentelevät eri hoitajat, jolloin myös hoitovastuu potilaasta siirtyy hoitajalta toiselle. Tämä tarkoittaa sitä, että potilaat voivat altistua tiedonkulussa tapahtuville virheille. Tiedonkulussa tapahtuvat virheet voivat johtaa hoidon viivästymiseen tai virheisiin hoidon aikana. (Tamminen & Metsävainio, 2015, ss. 339–341)

Potilas- ja työturvallisuuden kannalta sekä suullinen että kirjallinen raportointi on erityisen tärkeää terveydenhuollon ympäristössä. On arvioitu, että jopa 70 prosenttia terveydenhuollon haittatapahtumista tapahtuu kommunikaatio ongelmista, kuten tiedonkulun katkeamisesta tai väärinymmärryksistä. Tiedonkulun parantamiseksi, on suulliseen raportointiin kehitetty ISBAR-menetelmä, joka tiivistää oleelliset tiedot potilaasta. (Sairaanhoitajat, n.d.) ISBAR-menetelmä on tullut terveydenhoidon piiriin laivaston vuoronvaihto raportoinnin kautta. Alkuun sen tarkoitus oli parantaa hoitajan ja lääkärin välistä kommunikaatiota, kun hoitaja pyytää neuvoa potilaan hoitoon. ISBAR-sana koostuu useamman englanninkielisen sanan alkukirjaimista, joita ovat Identify (tunnista), Situation (tilanne), Background (tausta), Assessment (nykytilanne) ja Recommendation (toimintaehdotus). (Tamminen & Metsävainio, 2015, ss. 339–341)

Leikkaussalissa raportoidaan kirjaamalla ylös potilaan toimenpidettä koskevat tapahtumat. Kirjaamisessa tulisi korostua toiminnot, jotka liittyvät potilaan fysiologisten toimintojen tarkkailuun ja turvaamiseen. Näin ei kuitenkaan aina ole, sillä kirjaamisessa ja potilaan tilan dokumentoinnissa

saattaa esiintyä puutteita, merkinnöissä voi olla epätarkkuutta sekä kirjauksissa voi ilmetä tulkinnanvaraisuutta. Intraoperatiivisessa hoitotyössä potilaan tietojen kirjaaminen eri tietojärjestelmiin vaatii monipuolisia tietoteknisiä taitoja sekä viestintätaitoja. Leikkaussalihoitajien kirjaaminen ja raportointi perustuu potilaan ja henkilökunnan oikeusturvan toteutumiseen. (Tengvall, 2010, s. 14)

3.5 Tarkastuslistojen käyttö leikkaussalissa

Tarkastuslistat ovat tulleet lääketieteen maailmaan ilmailun kautta, jossa työntekijät tarvitsevat huippuosaamisen lisäksi monien teknisten laitteiden samanaikaista hallintaa. Tarkastuslistat ovat olleet lääketieteen muistamisen tukena kymmeniä vuosia. Maailman terveysjärjestö (WHO) perusti vuonna 2007 työryhmän miettimään leikkaussaliturvallisuuden parantamista. Karsimalla inhimillisistä virheistä johtuvia haittatapahtumia ja parantamalla leikkaustiimin kommunikaatiota. Ryhmän tuotoksena syntyi 19-kohtainen kirurginen tarkastuslista, joka kokeilujen perusteella vähensi komplikaatioita ja kuolemantapauksia yli kolmanneksella. Tarkastuslista muovautui kolmiosisaiseksi ja se otettiin maailmanlaajuisesti käyttöön vuonna 2009. Tarkastuslista pitää sisällään alkutarkistuksen potilaan tullessa saliin, aikalisän juuri ennen leikkausta sekä loppu tarkastuksen ennen potilaan siirtymistä pois leikkaussalista. (Blomberg & Pauniahon, 2013, ss. 274–282) Listan sisältämät kohdat käydään lävitse jokaisessa leikkauksessa vaihe vaiheelta samalla tavalla. Listan tavoitteena on potilasturvallisuuden lisäämisen lisäksi vähentää virheitä, yhdenmukaistaa toimintaa sekä parantaa toiminnan laatua. (Helovuori ym., 2011, ss. 208–209)

Blombergin ja Pauniahon (2013, ss. 274–291) mukaan tarkastuslistan tärkein tehtävä on jakaa tietoa ja samalla parantaa kommunikaatiota leikkaussalin henkilökunnan välillä. Hyvä kommunikaatio pitää sisällään selkeää puhetta, toisen kuuntelemista, kysymyksiin vastaamista sekä kohteliasta käytöstä toista kohtaan. Tarkastuslistaa läpi käydessä yksi henkilö lukee kysymykset ja tehtävät ääneen ja niihin vastaa henkilö, jota asia koskee. Tarkastuslista on kehitetty muistin tueksi, jotta kaikki yksityiskohdat tulee käytyä lävitse riippumatta työn tuomasta paineesta. Tarkastuslistan avulla voidaan huomata asioita, jotka työntekijältä voisi muuten jäädä huomioimatta.

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on koota kirjallisuuskatsaus, joka kuvailee potilasturvallisuutta sairaanhoitajien näkökulmasta keskittyen intraoperatiivisen hoitotyön vaiheeseen. Opinnäytetyössä halutaan tarkastella potilasturvallisuutta ja miten sairaanhoitajat pystyvät omalla toiminnallaan luomaan potilasturvallisen ympäristön. Opinnäytetyö toteutetaan

kirjallisuuskatsauksena, käyttäen apuna tietolähteitä, jotka koostuvat suomalaisten tutkimuksien lisäksi ulkomailla tehdyistä tutkimuksista.

Tavoitteena opinnäytetyössä on kirjallisuuskatsauksen avulla saada kattava tietopohja siitä, mitkä kaikki asiat leikkaussalissa vaikuttavat potilaan turvallisuuteen ja miten sairaanhoitaja voi omalla toiminnallaan vaikuttaa potilaan turvalliseen hoitoon. Tavoitteena on selvittää, mitkä asiat voivat vaikuttaa potilasturvallisuuden toteutumiseen ja samalla lisätä myös omaa tietoutta työskentelystä leikkaussalissa ja mahdollisesti jatkossa kiinnittää huomiota omassa työskentelyssä opinnäytetyössä ilmi tulleisiin potilasturvallisuuden vaikuttaviin asioihin. Opinnäytetyö pohjautuu seuraavaan tutkimuskysymykseen: Miten leikkaussalisairaanhoitajat pystyvät omalla toiminnallaan vaikuttamaan potilasturvallisuuteen leikkaussalissa?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Opinnäytetyö on toteutettu kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, joka pyrkii kuvailemaan viimeaikaista tutkittua tietoa. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus keskittyy tarkastelemaan tieteellisiä tutkimuksia, jotka ovat käyneet läpi vertaisarvioinnin. Ensimmäisenä vaiheena kirjallisuuskatsauksessa on määrittää kirjallisuuskatsauksen tavoite ja tutkimusongelma, jotka antavat suunnan kirjallisuuskatsauksen etenemiselle. Tutkimuksen aiheen valinnassa on muistettava, että tutkijalla on aito kiinnostus tutkittavaa aihetta kohtaan, jotta motivaatio säilyy läpi koko tutkimuksen. Kirjallisuuskatsauksessa on hyvä muistaa, ettei tutkija tee tutkimustuloksista ennako-oletuksia, sillä hänen on pystyttävä tuottamaan tietoa objektiivisesti. Mikäli tutkijalla on ennako-oletuksia ja tietynlaisia toiveita tutkimuksen tuloksista, saattavat ne vääristää tuloksia pois oikeasta suunnasta, jolloin oikeat tulokset muuttuvat vääriksi. Hyvä tutkimuskysymys on relevantti ja aiheeseen rajautunut, mutta se ei saa olla liian suppea, että tutkimuskysymyksen pystytään vastaamaan kirjallisuuden avulla. Kun varsinainen tutkimuskysymys on määritelty, se on hyvä pitää muistissa koko tutkimuksen ajan, jotta aihe ei lähde eri suuntaan tutkimuskysymyksen kanssa. (Stolt, 2015, ss. 9, 24–25)

5.2 Aiheen rajaus

Toinen vaihe kirjallisuuskatsauksessa on kirjallisuuden haku ja aineiston valinta, joka sisältää varsinaisen aineiston haun sekä tutkimukseen tulevan kirjallisuuden valinnan. Vaihe on kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden kannalta keskeisessä osassa, sillä kirjallisuuden haussa tehdyt virheet johtavat tulosten vääristyneisiin johtopäätöksiin. Varsinainen hakuprosessi sisältää usein sellaisia tutkimuksia, jotka eivät vastaa tutkimuskysymyksiin. Tällöin on päätettävä sisäännottokriteerit ja poissulkukriteerit,

jotka auttavat valitsemaan kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymykseen vastaa-via tutkimuksia. (Stolt, 2015, ss. 26–27)

Opinnäytetyön tiedon haku aloitettiin kehittämällä haulle sisäänotto- ja poissulkukriteerit, jotka auttavat löytämään haluttua ja oikeanlaista tietoa tutkittavaan aiheeseen. Sisäänottokriteereinä työssä toimivat perioperatiivisen hoitotyön potilasturvallisuuteen liittyvät artikkelit sekä tutkimukset. Tutkimustulosten tuli olla suomen- tai englanninkielisiä sekä kohdistua aikuispotilaiden tutkimiseen. Tutkimukset tuli kohdistua suunniteltuihin leikkauksiin ja niissä tapahtuneeseen potilasturvallisuuteen. Lähdeaineiston tuli asettua 10 vuoden aikavälille vuodesta 2009 vuoteen 2019. Lähdeaineiston tuli olla myös saatavilla Full Text -muodossa, jolloin koko teksti on luettavissa. Poissulkukriteereinä tässä työssä olivat ammattikorkeakoulutasoiset opinnäytetyöt sekä ei-tieteelliset artikkelit. Työhön ei otettu mukaan ennen vuotta 2009 julkaistuja tutkimuksia. Tutkimukset, jotka olivat kirjoitettu jollakin muulla kielellä kuin suomi tai englanti jäivät myös pois lähdeaineistosta. Tutkimukset, jotka kohdistuivat päivystys leikkauksiin ja niissä tapahtuneeseen potilasturvallisuuteen rajautuivat pois opinnäytetyöstä. Lapsipotilaisiin kohdistuneita tutkimuksia ei otettu mukaan opinnäytetyöhön, sillä lapsiin kohdistuneiden leikkauksien potilasturvallisuus eroaa suurelta osalta aikuispotilaiden turvallisuudesta.

5.3 Lähdeaineiston kerääminen

Lähdeaineistoa lähdettiin keräämään huhtikuussa 2019. Tiedonhaku aliotettiin määrittämällä hakusanoja, joiden määrittämisen tukena käytettiin suomalaista asiasanasto YSA:ta. Hakusanojen kääntämiseen englannin kielelle käytettiin apuna MOT-sanakirjaa. Hakusanoiksi lopulta määräytyivät; ”leikkaus”, ”perioperatiivinen hoitotyö” sekä ”potilasturvallisuus”. Englannin kielelle käännettynä hakusanoina toimivat ”Intraoperative Care”, ”Operating Rooms”, ”Patient Safety”, ”Perioperative Care”, ”Perioperative Nursing”, ”Surgery” ja ”Teamwork”.

Varsinainen tiedonhaku aloitettiin Hämeen ammattikorkeakoulun verkko-kirjaston sivuilta selaamalla tietokantoja. Tietokannoista valittiin sellaiset, jotka keskittyivät sosiaali- ja terveysalaan. Tietokannoiksi täsmentyivät Cinahl, Medic, sekä PubMed. Aineistoa haettiin myös Google Scholarin sekä Melindan kautta, mutta näillä hauilla ei löytynyt työhön sopivaa aineistoa. Seuraavassa taulukossa on esiteltynä näissä tietokannoissa tehtyjä hakuja eri hakusanoja yhdistellen. Taulukossa on nähtävillä käytetyt tietokannat, hakusanat, hakujen rajauksena käytetyt kriteerit, löydettyjen tulosten määrä sekä varsinaiseen työhön valitut aineistot.

Taulukko 1. Tutkimuksen hakuprosessi

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Tulokset	Valitut
------------	-----------	-----------	----------	---------

CINAHL	MM "Patient Safety" AND MM "Intraoperative Care"	2009-2019 Peer Review Full Text	17	1
CINAHL	MM " Patient Safety" AND MM " Perioperative Nursing" AND MH "Operating Rooms"	2009-2019 Full Text Peer Review	11	2
MEDIC	Potilasturvallisuus AND perioperatiivi* AND leikk*	2009-2019 Asiasana	80	0
PUBMED	Patient Safety AND Perioperative Care AND Surgery	Review Free Full Text 10 years Humans Best Match	65	2
PUBMED	(Operating room OR operating theatre) AND patient safety AND teamwork	10 Years Review	39	1

Ensimmäisenä tutkimuksia otetaan mukaan niiden otsikon perusteella. Mikäli otsikko vastaa haluttuun tietoon, käydään läpi tiivistelmä ja tämän jälkeen koko tutkimuksen sisältö. Tutkimuksen tekijän on kuvattava tekemänsä kirjallisuuskatsauksen hakuprosessi siten, että se pystytään toistamaan. Hakuprosessi on kirjallisuuskatsauksen aikaa vievin osuus, sillä tutkimuksen hakusanoja saattaa joutua muokkaamaan halutun tuloksen saamiseksi. (Stolt, 2015, ss. 26–27)

Hakujen perusteella löytyneet aineistot arvioitiin aluksi otsikon perusteella. Aineisto pääsi jatkokon, mikäli otsikko vastasi työn aihetta. Otsikon perusteella jatkokon päässeet aineistot käytiin lävitse tiivistelmän osalta. Tiivistelmän lukeminen pudotti pelistä suuren osan aineistoista, sillä tiivistelmä kertoi paremmin, mitä aineisto pitää sisällään. Tiivistelmän perusteella jatkokon päässeet aineistot käytiin läpi koko tekstin osalta, jolloin vielä muutama aineisto karsiutui pois, sillä sisältö ei tuntunut vastaavan haluttua lopputulosta. Lopulta työhön valikoitui kuusi vertaisarvioitua artikkelia aiemmin taulukossa 1. esiteltyjen hakujen perusteella.

5.4 Aineiston analyysi

Ensimmäisenä vaiheena aineiston analyysissä on kirjata nähtäville valittujen tutkimuksien tärkeimmät sisällöt. Tärkeimmät tiedot pitävät sisällään kirjoittajat, julkaisuvuoden ja -maan, tutkimuksen tarkoituksen, aineistonkeruumenetelmän, otoksen sekä päätulokset. Osa analyysin työstä on tehtynä jo aineiston keruu vaiheessa arvioitaessa aineistoja. Tämän takia

aineiston arviointi ja analyysi ovatkin suurelta osalta yhteydessä toisiinsa. Tutkimusten tärkeimmät tiedot kannattaa kerätä taulukkoon, jonka tarkoituksena on luoda kokonaiskuva käytetyistä aineistoista. Analyysivaihe vaatii käytettyyn aineistoon perusteellista tutustumista ja aineistojen läpi lukemista yhä uudelleen. Aineiston analyysissä on tarkoitus löytää valituista aineistoista yhtäläisyyksiä ja jäsentää aineistojen tietoja kategorioittain tai teemoittain, joissa yhdistyvät eri aineistojen samankaltaiset sisällöt. Sisällötä yhdistelemällä pyritään luomaan looginen kokonaisuus. (Stolt, 2015, ss. 31–32)

Opinnäytetyöhön valittua aineistoa aloitettiin käymään läpi lukemalla kaikki aineistot lävitse ja alleviivaamalla niistä tärkeitä kohtia. Aineistot käytiin lävitse useampaan kertaan, jotta saatiin jäsennehtyä aineistoa teemoittain, sitä mukaa kun uusia teemoja ja yhtäläisyyksiä eri aineistojen väliltä löytyi. Teemojen aiheiksi valikoituivat potilasturvallisuus, moniammatillinen yhteistyö, kommunikaatio sekä tarkastuslistat. Näiden teemojen avulla järjestettiin työn tulokset loogiseen järjestykseen.

6 TULOKSET

Kirurgiset potilaat muodostavat suuren osan terveydenhuollon palveluiden piiristä. (McDowell & McComb, 2014, s. 125) On arvioitu, että suuria kirurgisia toimenpiteitä tehdään maailmassa 234 miljoonaa vuodessa. Lähes kaikki kirurgiset toimenpiteet suoritetaan leikkaussalissa, joka on dynaaminen ja monimutkainen alue, jossa tärkeimpänä päämääränä on korkealaatuinen sekä turvallinen hoito. (Fajemilehin, ym., 2016, s. 580) Potilasturvallisuuteen kiinnitetään nykyisin paljon huomiota ympäri maailmaa. Lisääntynyt mielenkiinto potilasturvallisuutta kohtaan on saanut alkunsa ilmi tulleista inhimillisistä virheistä, jotka ovat uhkana potilaan turvallisuudelle. (Fajemilehin, Oyediran, Faronbi & Ajibade, 2016, s. 580)

Onnistunut leikkaus ei ole riippuvainen vain teknisistä taidoista ja näkökohdista, joihin ammatillisen koulutuksen aikana on kiinnitetty huomiota. Suuressa osassa leikkauksen onnistumisen kannalta on tehokas viestintä. Vaikkakin koulutus ja kokemus tukee selviytymistä riskien hallinnassa ja potilaan turvallisuuden tukemisessa. Onnistuneen leikkauksen kannalta oleellisessa osassa ovat tilannetietoisuus, viestintätaidot, tiimityöskentely, tehtävien hallinta sekä paineen ja stressin sietokyky. (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017, s. 2)

Leikkaussalissa tapahtuu paljon keskeytyksiä ja häiriöitä kesken leikkauksen, mitkä ovat ongelmana potilaan turvallisen hoidon kannalta. Leikkaussalissa puhelimet soivat jatkuvasti ja ihmisiä kulkee ovista, jolloin virheiden lisääntyminen leikkaussalissa kasvaa. (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017, s. 6) Häiriöntekijöitä ja keskeytyksiä on tutkittu ja niiden on huomattu

heikentävän leikkaussalihenkilökunnan keskittymiskykyä (Sevdalis, Hull & Birnbach, 2012, s. 5).

6.1 Hoitotyöntekijät potilasturvallisuuden edistäjinä

Leikkaussalissa tapahtuu kirurgisia komplikaatioita, joiden syyt vaihtelevat. Merkittävimpiä virheitä leikkaussalissa ovat väärä menettelytapa, väärä potilas, väärän puolen leikkaus tai kirurgisten esineiden jääminen potilaan sisälle. Valmisteluiden puutteellinen tekeminen voi osaltaan vaikuttaa komplikaatioiden syntyyn. Tutkimuksien mukaan on arveltu, että lähes puolet komplikaatioista olisi estettävissä. (McDowell & McComb, 2014, s.126)

Leikkaussalit ovat intensiivisiä, suurta stressiä aiheuttavia ympäristöjä, joissa usean ammattiryhmän edustajat tekevät yhteistyötä tarjotakseen potilasturvallista hoitoa. (Kaldheim & Slettebo, 2016, s. 4) Stressi ja alati muuttuvat olot leikkaussalissa tekevät työskentelyoloista haastavia. Kaikki hoitotyöntekijät eivät pysty työskentelemään tämänkaltaisissa oloissa, siispä leikkaussalissa työskentelevältä sairaanhoitajalta vaaditaan joustavuutta ja heidän tulee olla jatkuvaan valmiita muuttuviin tilanteisiin. (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017, s. 6)

Leikkaussalisairaanhoitajat valmistautuvat leikkaukseen käymällä läpi potilaan sairaushistoriaa ja nykyistä terveydentilaa. He myös tietävät leikkaukseen kuuluvat protokollat ja varmistavat ennen leikkausta, että kaikki tarvittavat välineet ovat saatavilla. (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017, s. 6) Leikkaussaleissa työskentelevien hoitajien suhtautuminen steriilien tavaroiden steriliteettiin on korkea-arvoista. Hoitajat tarkastavat aina ennen leikkauksen alkua, että käytettävissä olevat tavarat ovat steriilejä, joka osaltaan lisää turvallisuuskäyttäytymistä leikkaussalissa. (Fajemilehin, ym., 2016, s. 591)

Leikkaussalisairaanhoitajan oleelliset taidot potilasturvallisuuden parantamiseksi voidaan jakaa ei-tekniisiin ja tekniisiin taitoihin. Kokeneiden leikkaussalihoitajien mukaan sairaanhoitajan hyvinä ei-tekniisinä ominaisuuksina kurinalaisuus, organisaatio taidot, hyvä keskittymiskyky, intuitio, joustavuus, luovuus, hyvät ihmissuhdetaidot, rauhallisuus, paineiden ja stressin sietokyky ovat potilaan turvallisuuteen vaikuttavia ominaisuuksia. Näiden ominaisuuksien lisäksi mainitaan kyky priorisoida ja lukea ympäristössä tapahtuvia asioita ja samalla nähdä kokonaisvaltainen kuva potilaan tilasta. (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017, s. 6)

Leikkaussalisairaanhoitajilla on lyhyt aika luoda haavoittuvassa tilanteessa olevaan potilaaseen luottamuksellinen hoitosuhde ja saada potilas tuntemaan olonsa turvalliseksi. Tämän lyhyen hetken aikana on mahdollisuus vaikuttaa potilaan kokemukseen leikkauksista. Jotta potilaalle jäisi hyvä tunne leikkauksesta on hänet huomioitava yksilönä ja vastattava hänen henkilökohtaisiin tarpeisiinsa. Potilaan turvaaminen koko

leikkausprosessin läpi vaatii sairaanhoitajilta huolellista valmistelua, tehokkaiden työkäytäntöjen sekä tarkastuslistojen käyttöä sekä komplikatioiden ja potilaan vahingoittumisen estämistä. (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017, s. 7)

6.2 Moniammatillinen yhteistyö ja tiimityöskentely

Yhteistyö on ihmisten välinen prosessi, joka vaatii useamman ihmisen toteutukseen. Moniammatillinen leikkaustiimi koostuu anestesiasairaanhoitajasta ja kahdesta leikkaussalisairaanhoitajasta, anestesialääkäristä ja kirurgeista. Leikkaustiimin jäsenten tulee olla yhteistyöhalukkaita ja kunnioittaa kaikkia tiimin jäseniä. Kunnioitus pitää sisällään vuorovaikutuksen, jossa tiimin jäsenet kommunikoivat keskenään ja osoittavat ymmärrystä toisiaan kohtaan. Kunnioituksen lisäksi tiimin yhteistyöskentely vaatii luottamusta tiimin jäsenten välillä, jotta yhteistyö olisi saumatonta. (Kaldheim & Slettebo 2016, ss. 4–5) Vaikkakin tiimityöskentelyä pidetään potilasturvallisuuden takaamisen peruspilarina, käy tutkimuksista ilmi, ettei tiimityöskentely leikkaussalissa ole välttämättä niin yhtenäistä kuin voitaisiin olettaa. (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017, s. 6)

Tutkimuksien mukaan moniammatillinen kirurginen leikkaustiimi voi olla haaste leikkaussalissa (Kaldheim & Slettebo, 2016, s. 4). Tiimit joutuvat työskentelemään ympäristössä, jolle ominaista on akuutti stressi, suuri työmäärä sekä suurten päätösten tekeminen (Sevdalis, ym., 2012, s. 4; Kaldheim & Slettebo, 2016, s. 4). Leikkaussalissa työskentelevät eri ammattiryhmien jäsenet eivät työskentele päivästä toiseen saman henkilökunnan välillä vaan tiimin jäsenet voivat vaihtua päivittäin. Tiimin jäsenten vaihtuvuus voi olla esteenä tiimityön vahvistamiselle moniammatillisessa kirurgisessa ryhmässä. Kokeneiden leikkaussalihoitajien mukaan leikkaustiimit toimivat hyvin, mikäli ryhmän jäsenet tuntevat toisensa ja kunnioittavat toistensa rooleja leikkauksessa ja työskentelevät kohti yhteistä päämäärää kunnioittaen potilaan turvallisuutta. (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017, s. 6; Kaldheim & Slettebo, 2016, s. 13) Moniammatillisen kirurgisen leikkaustiimin toimiessa hyvin yhteen pystytään ehkäisemään leikkauksessa tapahtuvia virheitä (McDowell & McComb, 2017, s. 126).

Yksilön kykyyn työskennellä ryhmän jäsenenä vaikuttavat henkilökohtaiset taidot, ominaisuudet, maine ja asiantuntemus. Henkilökohtaisten ominaispiirteiden lisäksi ryhmässä työskentelyyn vaikuttavat työpaikkatekijät sekä ryhmävaikutukset, kuten viestintä, käyttäytyminen ja suhteet ryhmän sisällä. (Sevdalis, ym., 2012, s. 5) Amerikkalaisessa tutkimuksessa on määriteltä, että ihmiset tekevät vähemmän virheitä työskennellessään tiimissä. Tiimityöskentelyn avulla pystytään huomaamaan virheet ennen kuin ne ehtivät tapahtumaan, kun tiimin sisällä työskentelevät jäsenet tuntevat toistensa tehtävät ja niihin liittyvät virheet. (McDowell & McComb, 2017, s. 126). Tiimin jäsenten luottaessa toisiinsa, potilasturvallisuus paranee (Kaldheim & Slettebo, 2016, s. 5).

Tutkimuksissa on huomattu, että tiimityöskentelyä voidaan parantaa harjoittelemalla yhteistyötaitoja. Yhteistyötaidot parantavat moniammatillisen tiimin työskentelyä yhtenä ryhmänä, minkä takia myös ammattien väliset jännitteet purkautuvat. (Kaldheim & Slettebo, 2016, ss. 5, 20) Tiimikoulutuksissa pystytään simulaatioiden avulla harjoittelemaan kriisi tilanteita, jolloin tiimin täytyy toimia hyvin yhteen ja jokaisen on tiedettävä oma paikkansa. On arveltu, että olisi tarpeellista suorittaa kaikki invasiiviset toimenpiteet ensin simulaatioissa, ennen kuin niitä lähdetään ensimmäistä kertaa suorittamaan potilaalle. (Sevdalis, ym., 2012, s. 6–8)

Leikkaussalisairaanhoitajat haluavat tulla hyväksytyiksi ammattitaidoiltaan ja velvollisuuksiltaan. He haluavat, että muut leikkaustiimin jäsenet pitävät sairaanhoitajaa merkityksellisenä leikkauksen onnistumisen kannalta. Sairaanhoitajat kaipaavat kunnioitusta muilta ryhmän jäseniltä. Sairaanhoitajien mukaan on paljon tilanteita, joissa ei anneta suvaitsevaisuutta. Kirurgeja joutuu odottamaan, ja oma työ on hoidettava nopeasti ja näkymättömästi. Ryhmän jäsenet haluavat muiden jäsenten ymmärtävän muiden työn tärkeyden ja työn vaativan aikaa. (Kaldheim & Slettebo, 2016, ss. 11–12, 16–17)

6.3 Kommunikaatio, viestintä ja raportointi

Potilasturvallisuus perustuu luottamukseen, avoimeen viestintään sekä tehokkaaseen moniammatilliseen tiimityöskentelyyn (Sevdalis, ym., 2012 s. i5). Jotta tiedot potilaan hoidosta vaihtuisivat kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien kesken, on viestinnän oltava sujuvaa (Kaldheim, 2016, s. 5). Leikkaussalihoitajien mukaan on tärkeää keskustella avoimesti, mikäli mieltä painaa, jokin pieleen mennyt asia tai jos huomaa jossakin työvaiheessa olevan parantamisen varaa (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017, s. 6). Kirurgisen turvallisuuden tutkimus on havainnut, että viestinnässä tapahtuvia epäkohtia havaitaan kaikkien tiimin jäsenten välillä (McDowell & McComb, 2017, s. 126).

Potilasturvallisuus ja moniammatillinen yhteistyö leikkaussalissa ovat sidoksissa ryhmän jäsenten väliseen kommunikaatioon. Jotta kommunikaatio olisi sujuvaa on siirryttävä avoimen viestinnän kulttuuriin. Ryhmässä, jossa on avointa viestintää, uskalletaan esittää kysymyksiä ja ilmaista eri mielisyyksiä. Tutkimuksissa on tullut useaan otteeseen ilmi, että leikkaustiimillä pitäisi olla jokin yhteinen foorumi, minkä kautta voisi keskustella kaikille ryhmän jäsenille, mutta tällainen vielä uupuu. (Kaldheim & Slettebo, 2016, ss. 13, 16–17)

Sairaanhoitajat ovat tuoneet tutkimuksissa ilmi, että heidän tulee varoa sanomisiaan leikkaussalissa. Tämä voi johtaa huonoon viestintään, mikäli leikkaussalisairaanhoitajat ovat haluttomia puhumaan turvallisuusnäkökohdista tai potilasturvallisuudesta. Sairaanhoitajat lähestyvät kirurgeja varovasti puhumisien suhteen, sillä heille on opetettu jo varhaisessa

vaiheessa, että kirurgien työ vaatii tarkkaa keskittymistä ja on erittäin hankalaa. (Kaldheim & Slettebo, 2016, s. 17)

Rakentava viestintä on tärkeää leikkaussalin puolella, sillä se parantaa yhteistyön laatua. On olemassa tilanteita, joissa muihin tiimin jäseniin on vaikea suhtautua positiivisen asenteen kautta. Tällaiset tilanteet voivat syntyä, kun joku leikkaussalissa nostaa ääntään tai huutaa. Tämän kaltaiset tilanteet muuttavat leikkaustiimin keskittymistä ja leikkaussalin ilmapiiri muuttuu huonoksi. (Kaldheim & Slettebo, 2016, s. 13)

6.4 Tarkastuslistojen käyttö leikkaussalissa

Tarkastuslistat ovat standardoituja ja ne ovat kehitetty virheiden ja komplikaatioiden estämiseksi. (McDowell & McComb, 2017, s. 126). Tarkastuslistaa ei tulisi ymmärtää vain tarkastettavien esineiden luettelona, vaan tulisi ajatella sen lisäävän kommunikaatiota ja yhteistyötä leikkaustiimin välillä. Leikkaussalissa tarkastuslistan käyminen on ryhmäkokoonantumista, jossa tarkistetaan kaikki tarvittava tieto yhteisen tehtävän suorittamiseen. Tarkastuslistan perimmäisenä tarkoituksena on parantaa turvallisuuskulttuuria leikkaussalissa. (Fudickar, ym., 2012, s. 695)

Tarkastuslistan huolellinen läpi käyminen on parantanut viestintää leikkaustiimin jäsenten välillä. Samalla tarkastuslistan käyttö on poistanut hierarkkisia esteistä ammattiryhmien viestinnän väliltä, jolloin tiedon siirto tiimin henkilöiden välillä sujuu joustavammin. (Fudickar, 2012, s. 699) WHO:n julkaisemaa kirurgista tarkastuslistaa pidettiin kokeneiden leikkaussalihoitajien keskuudessa hyödyllisenä työvälineenä hoidon turvallisuuden kannalta. Potilasturvallisuuden lisäksi tarkastuslistan on todettu olevan tehokas ajan käytön säästäjä, kun asiat tulee käytyä järjestelmällisesti tarkastuslistaa tukena käyttäen. (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017, s. 8) Tarkastuslistoja käytettäessä oikein ja säännöllisesti, sen läpi käyminen ei viivästytä leikkauksen kulkua. Tarkastuslistan kolmen kohdan läpikäyminen vie aikaa vain muutaman minuutin leikkauksesta (Fudickar, ym., 2012, s. 700). Perioperatiiviset sairaanhoitajat ovat keskeisessä osassa tarkastuslistan läpikäymistä, sillä listan läpi käyminen on sijoittunut heidän vastuulleen. (McDowell & McComb, 2017, ss. 132–134).

Fudikarin (2012, ss. 697–699) tutkimuksessa tehdyn kyselylomakkeen avulla käy ilmi, että 80 % kyselyyn vastanneista henkilöistä piti tarkastuslistaan käytännöllisenä ja yksinkertaisena. He myös ajattelivat tarkastuslistan vähentävän virheitä. Samaiseen kyselyyn vastanneista 90 % haluaisi tarkastuslistan käyttöön, mikäli itse joutuisi leikkaukseen. Tarkastuslistan käytön kanssa lääkärit ovat edelleen epäileviä vaikkakin Fudikarin tutkimuksen mukaan suurin osa lääkäreistä haluaisi tarkastuslistaa käytettävän, kun he itse joutuisivat leikkaukseen. Yleisenä vastaväitteenä tarkastuslistan käytölle on, että samat asiat tulisi tarkastettua joka tapauksessa ilman tarkastuslistaakin. Tutkimuksesta käy ilmi, että lääkäreiden

tarkastuslistan käyttämättömyys johtuu siihen kohdistuneista asenteista, jolloin ajatellaan, että itse on erehtymätön, eikä tee virheitä.

Oikeanlaisen koulutuksen on huomattu lisäävän tarkastuslistojen käyttöä (Fudickar, ym., 2012, s. 698). Hyvästä koulutuksesta ja säännöllisestä tarkastuslistojen käytöstä huolimatta on muistettava, että tarkastuslistat eivät ole ihmelääke potilasturvallisuuden parantamiseen. (Sevdalis, ym., 2012 s. 4) Tarkastuslistojen oikeaoppinen käyttö parantaa tietämystä leikkaustiimin jäsenten välisistä nimistä sekä tehtävistä (Fudickar, ym., 2012, s. 698). Lisäksi tarkastuslista antaa leikkaustiimille tietoja potilaasta, hänen tilastaan sekä leikkausta koskevista riskeistä. Järjestelmällinen läpi käyminen yhdessä koko leikkaustiimin kanssa saa tiimin jäsenet tuntemaan kuuluvansa osaksi tiimiä. (Mcdowell & McComb, 2017, ss. 133–134).

Vaikka tarkastuslistan on huomattu toimivan leikkaussalissa edistään potilasturvallisuutta ja leikkaustiimin välistä kommunikaatiota, on huomattu, että sen käyttö minimaalista kommunikaatiota suosivassa toimintakulttuurissa ei toimi. Kun tarkastuslistan teossa vaihdetaan vain muutama sana, voi tärkeitä tietoja jäädä huomaamatta, mikä voi johtaa potilasturvallisuuden vaarantumiseen. Yleisin virhe tarkastuslistan käytössä on, että yksi henkilö merkitsee asiat käydyiksi, ilman kommunikaatiota muiden ryhmän jäsenten kanssa. (Fudickar, ym., 2012, ss. 699–700)

Tarkastuslista tulee lukea kokonaisuudessaan läpi, eikä sitä tulisi käydä lävitse pelkän muistin varassa. Mikäli tarkastuslistan käymistä ei oteta vakavasti, voi se johtaa vakaviin ongelmiin. Kirurgin asenne tarkastuslistan käytöstä voi aiheuttaa ongelmia, mikäli kirurgi tuntee menettäneensä auktoriteettinsa joutuessaan leikkaussalissa sairaanhoitajien valvontaan. (Fudickar, ym., 2012, s. 699)

WHO:n kirurgisen tarkastuslistan lisäksi on olemassa Alankomaissa kehitelty SURPASS-tarkastuslista, joka käsittelee leikkaussalissa turvallisuuteen liittyviä toimenpiteitä (Mcdowell & McComb, 2017, s. 126). WHO:n tarkastuslista pitää sisällään tämän SURPASS- tarkastuslistan (Fudickar, ym., 2012, s. 699).

7 POHDINTA

Tässä luvussa käydään omana kappaleena läpi opinnäytetyön eettisyyttä sekä luotettavuutta. Sen lisäksi tarkoituksenani on pohtia opinnäytetyösäni ilmi tulleet tuloksia ja mitä ajatuksia tuloksista herää. Luvussa pohdin myös omaa oppimistani opinnäytetyön parissa ja mitä hyötyä mahdollisesti opinnäytetyön tekemisestä leikkaussalin potilasturvallisuudesta on itselleni.

7.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tieteellisen tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden varmistamiseksi tutkimus tulee tehdä hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Noudattaessa näitä käytänteitä, työ noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta sekä tarkkuutta niin tutkimustyössä kuin tuloksia kirjatessa. Hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta vastuussa on itse tutkimuksen tekijä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012)

Opinnäytetyöhön valikoituneet aineistot ovat vertaisarvioituja aineistoja, jotka on käyty yksilöllisesti läpi ennen tulosten kirjaamista. Tulokset on kirjattu työhön mahdollisimman selkeästi, jotta niistä välittyisi lukijalle työssä käytettyjen aineistojen tärkeimmät huomiot. Plagioinnin estämiseksi työssä on kirjattu tarkasti ylös lähdeviitteet sekä lähteet, joista aineisto on otettu.

Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttamassa on aiheen ja löydettyjen aineistojen tulosten vertaaminen toisiinsa. Aineistoihin oli vaikea löytää sellaisia tutkimuksia, joissa olisi tutkittu sairaanhoitajan teknisiä taitoja leikkausosastolla. Tuloksissa tällä hetkellä käydään läpi oikeastaan vain ei-teknisiä taitoja. Tuloksiin ei myöskään löytynyt tietoa siitä, kuinka sairaanhoitajan aseptinen toiminta ja steriliteetti toteutuvat leikkausten aikana.

Luotettavuutta työlle tuo vertaisarvioidut aineistot ja niiden hakuun käytetyt yksilöidyt hakutermit, joiden avulla pyrittiin löytämään juuri potilasturvallisuuteen leikkaussalissa vaikuttavaa aineistoa. Opinnäytetyössä saatujen tulosten tiedot ovat jakautuneet useamman vuoden ajalle, jolloin jotkin työssä ilmi tulleet tulokset saattavat olla muuttuneet. Tämä ei kuitenkaan tullut ilmi työtä tehdessä, sillä eri vuosina tehdyt tutkimukset antoivat saman kaltaisia tuloksia. Aineistoa kerätessä olisin halunnut alita työhön mahdollisimman uusia tutkimuksia, mutta vähäisen aiheeseen liittyvän aineiston löytymisen takia työhön on valikoituneet juuri kyseiset aineistot eri vuosilta.

Luotettavuutta työlle tuo oma työkokemus leikkaussalin puolelta, jolloin on tietämystä, millaisia tuloksia on odotettavissa ja mitkä seikat ovat tärkeitä potilasturvallisuuden säilymisen osalta. Oma työkokemus voi omalta osaltaan myös vääristää työn tuloksia, sillä omat ennakkoluulot voivat muuttaa tuloksia haluttuun suuntaan. Työssä on kuitenkin pyritty pitämään omat mielipiteet erillään aineistoista saaduista tuloksista. Luotettavuuteen vaikuttaa myös oikeiden aineistojen löytäminen, joka omalta osaltani tuotti hankaluuksia. Aihetta ei juuri ole tutkittu, mutta potilasturvallisuudesta on muuten tehty paljon tutkimuksia sen kiinnostavuuden vuoksi, jotta pystyttäisiin parantamaan entisestään potilaiden hoitoa. Luotettavuuteen ja oikeiden aineistojen löytämiseen vaikuttamassa on tietysti oikeiden hakutermien käyttö, jotka mielestäni omassa työssä kuvaavat hyvin aiheita, jotka vaikuttavat sairaanhoitajan toimintaan leikkaussalissa ja siihen, kuinka toiminta vaikuttaa potilaan turvallisuuteen.

Englanninkieliset aineistot, joista opinnäytetyön tulokset ovat otettu nousee luotettavuuden kannalta merkittävään osaan. Englannin kielen kääntäminen suomen kielelle siten, että tutkimuksen tiedot eivät muutu virheellisiksi osoittautui haastavaksi. Aineistojen kääntäminen osoittautui opinnäytetyön työläimmäksi osioksi ja siihen kului paljon aikaa. Englanninkielisten aineistojen valintaan työhön vaikutti, ettei suomen kielellä ole samalla tapaa tutkittu aihetta. Jos englanninkieliset aineistot olisi jätetty pois työstä, voisi opinnäytetyön tulokset olla täysin erilaiset ja suppeammat. Aineiston hakua tehdessä huomasin, ettei suomen kielellä löydy vertaisarvioitua tietoa yleisesti potilasturvallisuuteen leikkaussalissa vaan aiheet keskittyivät tiettyihin leikkauksiin ja niiden potilasturvallisuuteen.

7.2 Opinnäytetyön tuloksien pohdinta

Opinnäytetyön aihe on tällä hetkellä hyvin ajankohtainen, sillä potilasturvallisuuteen halutaan nykypäivänä kiinnittää entistä enemmän huomiota. Potilasturvallisuuteen vaikuttaa monta eri tekijää, joihin kaikkiin on vaikea kiinnittää huomiota samanaikaisesti. Vaikka olemassa on tarkastuslistoja ja muistilistoja, joiden mukaan toimia, on ihminen silti erehtyväinen ja joidakin asioita saattaa jäädä huomaamatta kiireen ja stressin takia, vaikka näin ei saisi olla. Olen tällä hetkellä työskennellyt leikkaussalissa vuoden verran, jonka aikana olen oppinut paljon ja vielä on paljon opittavaa ja kehitettävää omassa työskentelyssä. Olen työssäni törmännyt päivittäin opinnäytetyöni aihetta koskeviin asioihin ja onkin mukava huomata, kuinka paljon yhtäläisyyksiä opinnäytetyön ja työelämän välillä on.

Potilasturvallisuuden lähtökohtana on, että jokainen potilas tulee kohdata yksilönä ja keskittyä yhden potilaan hoitoon kerrallaan, jotta potilaalle saataisiin mahdollisimman hyvä kokemus leikkauksesta. Potilaat tulevat leikkaukseen saadakseen elämänlaatunsa parempaan suuntaan. Leikkaus voi tuoda mukanaan potilaalle pelkoja ja jo leikkaussali itsessään on potilaalle pelottava paikka, jolloin hoitajan rauhallinen työote ja ammattimaisuus ovat tärkeässä roolissa. Tärkeää onkin kertoa potilaalle jatkuvaan mitä tehdään ja mitä tulee tapahtumaan seuraavaksi. Mielestäni potilaan huomioiminen ja hänestä huolehtiminen heti ensi tapaamisesta lähtien ovat suuressa osassa potilaan turvallisuuden kannalta. On myös tärkeää, että potilaalle tulee heti hoidon alussa tunne, että hänestä pidetään hyvää huolta ja hän voi luottavaisin mielin mennä leikkaukseen.

Leikkauksen onnistumisen kannalta tiimityöskentely ja kommunikaatio nousevat suureen osaan. Tiimi toimii hyvin, kun jäsenet tuntevat toisensa ja tietävät toistensa roolin leikkaussalissa. Olisikin hyvä jo aamulla käydä läpi päivän leikkaukset ja suunnitellut ruokatauot, jotta jokainen tietää päivän etenemisen kulun. Viestinnän avulla leikkaussalissa saadaan informaatiota siirrettyä, jolloin työskentely sujuu jouhevammin ja voidaan etukäteen valmistautua tuleviin toimenpiteisiin. Leikkaussalissa on paljon asioita, joita hoitajien tulee huolehtia, mutta onneksi, suurin osa

leikkaussalissa tapahtuvasta toiminnasta tapahtuu lähes joka leikkauksessa, jolloin virheiden tapahtuminen on vähäisempää. Toki virheitä sattuu leikkaussalissa, mutta ne usein huomataan ennen kuin haittaa on tapahtunut potilaalle.

Moniammatillinen tiimityö on osoittautunut pulmalliseksi leikkaussalissa. Opinnäytetyön tuloksiin verrattavissa kirurgit eivät välttämättä ole täysin perillä siitä, mitä kaikkea hoitajan työhön kuuluu ja mitä odottamattomia viivästyksiä voi ilmetä alkuvalmisteluiden, nukutuksen ja herätyksen aikana. Opinnäytetyön tuloksissa tulee ilmi, että leikkaussalin sairaanhoitajat eivät uskalla puhutella kirurgeja, sillä leikkaus vaatii kirurgilta keskittymiskykyä. Mielestäni näin ei saisi olla, vaan leikkaussalissa tulisi olla enemmän avoimempaa keskustelua eri ammattiryhmien välillä, jotta leikkauksen aikainen ilmapiiri olisi suotuisa leikkauksen onnistumisen kannalta. Mikäli leikkaussalissa ei uskalleta puhua tiimiin kuuluville henkilöille, on vaarana, että moni asia jää huomioimatta, vaikka joku tiimin jäsen olisi asian huomannut. Tällainen toiminta aiheuttaa potilaalle jopa hengenvaarallisia tilanteita, joita leikkaussalissa yritetään välttämään.

On ymmärrettävää, että leikkauksen aikana hermot saattavat kiristyä, mikäli leikkaus venyy tai tulee odottamattomia muutoksia, jotka vaikuttavat leikkauksen kulkuun. Hermojen kiristymisen yhteydessä saatetaan tiuskaa ja korottaa ääntä toisille, vaikka siihen ei olisi mitään syytä. Mielestäni olisi tärkeää pyytää käyttäytymistään anteeksi, mikäli tämän kaltaisia tilanteita ilmenee, jotta asia ei jää vaivaamaan henkilöitä ja leikkausta pystytään jatkamaan hyvässä yhteisymmärryksessä. Tuloksissa käy ilmi, ettei leikkaustiimi ole päivästä toiseen sama ja tiimin vaihtuminen päivittäin on esteenä tiimityöskentelyn vahvistumiselle. Kokeneet sairaanhoitajat toivat ilmi tiimin toimivat paremmin, mikäli tiiminjäsenet ovat tuttuja. Työparin tunteminen on mielestäni tärkeä asia, sillä silloin kun tietää toisen työskentelytavat ja tietää, että toiseen voi luottaa leikkauksen aikana, on oma keskittyminen enemmän itse leikkauksessa. Tuloksissa mainittiin ryhmätyöskentelyn parantaminen harjoittelemalla yhteistyötaitoja simulaatioiden avulla ja että jokainen invasiivinen toimenpide tulisi harjoitella ensin simulaatioissa ennen varsinaista suorittamista potilaalle. Tämän kaltaisen toiminta olisi mielestäni hyvä asia, joka yhdistäisi tiimin jäseniä ja samalla tiimin jäsenet tulisivat enemmän tietoisiksi toistensa toiminnasta. Yhteistyötaitojen ja tiimin jäsenten arvostaminen lisää potilaan turvallisuutta.

Tuloksissa 80% tarkastuslistaa koskevaan kyselyyn vastanneista piti tarkastuslistan käyttöä käytännöllisenä ja yksinkertaisena, mutta jopa 90% haluaisi tarkastuslistan käyttöön, mikäli itse joutuisi leikkaukseen. Tuloksista saa käsityksen, että tarkastuslista on tullut jäädäkseen ja työntekijät haluavat käyttää sitä leikkauksen yhteydessä, vaikkakin tuloksissa vastaväitteinä tarkastuslistan käytölle mainitaan, että samat asiat tulisi käytyä lävitse ilman erillistä listaa. Yleisimmäksi tarkastuslistan käytön virheeksi tuloksissa kerrottiin yhden henkilön käyvän tarkastuslista lävitse ilman

kommunikaatiota muiden leikkaussalin henkilöiden kanssa. Mielestäni mikäli tällainen tarkastuslista on käytössä, tulisi olla yhtenäinen linja, kuinka tarkastuslistan kanssa tulisi toimia, eikä yhden henkilön asenne saisi vaikuttaa tarkastuslistan läpi käymiseen.

Opinnäytetyötä tehdessä mielenkiinto aiheeseen ja sen kirjoittamiseen säilyi hyvin. Tähän vaikuttamassa oli oma kokemus työskentelystä leikkaussalin puolella. Ajattelin, että opinnäytetyön kirjoittaminen ja aiheeseen perehtyminen auttaa minua työskentelyssä potilaiden parissa ja opin samalla uusia asioita, joihin kiinnittää huomiota omassa työskentelyssä. Vaikeuksina opinnäytetyön toteuttamisessa oli vertaisarvioidun tiedon löytäminen, joka liittyisi omaan aiheeseeni. Monessa tutkimuksessa kävi ilmi, että asiaa leikkaussalin potilasturvallisuudesta on tutkittu vähän. Sairaanhoitajien toiminnasta leikkaussalissa tutkimuksia ei juurikaan ollut tehty.

LÄHTEET

Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. (2013). *Potilasturvallisuuden perusteet*. Helsinki: Duodecim.

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. (2016). *Klininen hoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Blomgren, K & Pauniahho. S. L. (2013). *Terveystenhuollon tarkastuslistat*. Teoksessa Aaltonen L. M. & Rosenberg, P. (toim.) *Potilasturvallisuuden perusteet*. Helsinki: Duodecim.

EUR-Lex (2017). *Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus (EU) 2017/745*. Haettu 26.7.2019 osoitteesta <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/?uri=CELEX%3A32017R0745>

Fajemilehin, B. R., Oyediran, O. O., Faronbi, J. O & Ajibade, B. L. (2016). Safety Practices Employed By Perioperative Nurses In Selected Tertiary Health Institutions In Shout Western Nigeria. *International Journal of Car-ing Sciences* 9/2016, ss. 579–595. Haettu 15.5.2019 osoitteesta http://www.internationaljournalofcaring-sciences.org/docs/24_Olufemi_original_9_2.pdf

Fudickar, A., Hörle, K., Wiltfang, J. & Bein, B. (2012). The Effect of the WHO Surgical Safety Checklist on Complication Rate and Communication. *Deursches Ärzteblatt* 42/2012. Haettu 15.5.2019 osoitteesta <https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0695>

Haapiainen, R (2013). *Kirurgiaan liittyvät riskit*. Teoksessa Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. (toim.) *Potilasturvallisuuden perusteet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. (2011). *Potilasturvallisuus*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Härkönen, M. (2012). *Potilasturvallisuus tulee näkyväksi vaaratapahtumailmoituksissa*. Pro gradu -tutkielma. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Itä-Suomen yliopisto. Haettu 26.5.2019 osoitteesta http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120463/urn_nbn_fi_uef-20120463.pdf

Inkinen, R., Volmanen, P., Hakoinen, S. & (toim.) (2015). Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Haettu 22.5.2019 osoitteesta http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129969/URN_ISBN_978-952-302-577-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kaldheim, H. & Slettebo, Å. (2016). Respecting as a basic teamwork process in the operating theatre – A qualitative study of theatre nurses who work in interdisciplinary surgical teams of what they see as important factors in this collaboration. *Nordisk sygeplejeforskning* 1/2016. Haettu 20.5.2019 osoitteesta <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-01-05>

Karma, A., Kinnunen, T., Palovaara, M. & Perttunen, J. (2016). *Perioperatiivinen hoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010. Haettu 1.10.2019 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20100629>

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. (2013). *Perioperatiivinen hoitotyö*. Helsinki: Sano-ma Pro Oy.

McDowell, D.S. & McComb, S. (2016). Surgical safety checklists briefings: Perceived efficacy and team member involvement. *Journal of Perioperative Practice* 6/2016, ss. 138–144. Haettu 20.5.2019 osoitteesta <https://doi.org/10.1177/175045891602600603>

Pesonen, E. (2011). *Tarkistuslistan vaikutus potilasturvallisuuteen*. Haettu 26.5.2019 osoitteesta http://www.finnanest.fi/files/pesonen_tarkistus.pdf

Potilasvakuutuskeskus (2019). Miten potilas ja hänen läheisensä voivat edistää potilasturvallisuutta. Haettu 26.5.2019 osoitteesta <https://www.pvk.fi/fi/potilasturvallisuus/potilaan-rooli/>

Sairaanhoitajat (n.d.). Sairaanhoitajan ammatilliset työkalut. Haettu 12.6.2019 osoitteesta <https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/ammattilliset-tyokalut/>

Sevdalis, N., Hull, L. & Birnbach, J. (2012). Improving patient safety in the operating theatre and perioperative care: obstacles, interventions, and priorities for accelerating progress. *British Journal of Anaesthesia* 12/2012 ss. 3–16. Haettu 12.8. osoitteesta <https://doi.org/10.1093/bja/aes391>

Sosiaali- ja terveysministeriö (2017). *Valtioneuvoston periaatepäätös. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021*. Haettu 2.5.2019 osoitteesta http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09_2017_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf

Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto (2006). *Potilas- ja lääkeshoidon turvallisuussanasto*. Haettu 26.5.2019 osoitteesta <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75835/T28-2006-VERKKO.pdf?sequence=1>

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (2015). *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Turku: Juvenes Print.

Suomen Potilasturvallisuusyhdistys (2019). Turvallinen lääkehoito -jaos. Mitä on turvallinen lääkehoito? Haettu 28.6.2019 osoitteesta <http://spty.fi/yhdistyksen-jaokset/turvallinen-laakehoito-jaos/>

Tamminen, J. & Metsävainio, K-M. (2015). *Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta*. Haettu 13.6.2019 osoitteesta http://www.fin-nanest.fi/files/tamminen_metsavainio_hyva_tiedonkulku_parantaa_potilasturvallisuutta.pdf

Tengvall, E. (2010). *Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys. Kyselytutkimus leikkaus- ja anestesiahoitajille, anestesiologeille ja kirurgeille*. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto. Haettu 26.6.2019 osoitteesta <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-0226-9>

Terveystieteiden lae 1326/2010. Haettu 2.6.2019 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

THL (2019). Potilasturvallisuus. Haettu 2.5.2019 osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus>

THL (2011). *Potilasturvallisuusopas*. Haettu 2.5.2019 osoitteesta <https://thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. Haettu 2.12.2019 osoitteesta https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Valvira (2017). Terveysteknologia. Haettu 27.5.2019 osoitteesta <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/terveysteknologia>

Widgren, P. (2013). *Leikkaussairaanhoitajan työn allokonti leikkauksen intraoperatiivisessa vaiheessa ja siihen liittyvä päätöksenteko*. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto. Haettu 29.7.2019 osoitteesta <http://urn.fi/URN:NBN:fi:oulu-201310111787>

TUTKIMUKSEN AINEISTO

Tekijä, julkaisu- vuosi ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Ai- neisto/otos	Menetelmä	Päätulokset
Fudickar, A., Hörle, K., Wiltfang, J. & Berthold, B. 2012, Saksa doi: 10.3238/arztebl.2012.0695	Tarkoituk- sena on tuoda esille, kuinka tar- kastuslista vaikuttaa leikkaussa- lissa tapahtu- vin vahinkoi- hin, kuollei- suuteen sekä potilasturval- lisuuskulttuu- riin. Kuvata miten tarkas- tuslistan käyttö koe- taan ja miten sen käyttöä voitaisiin ke- hittää.	Tutkijoiden valitsemia tutkimusar- tikkeleita	Kirjallisuus- katsaus	Tarkastuslistan on todettu vähentävät potilaalle aiheutuvia vahinkoja ja kuollei- suutta. Tarkastus- lista parantaa kom- munikaatiota mo- niammatillisesti, mutta vaatii jatkuvaa koulutusta.
Kaldheim, H.K.A. & Slettebo, Å., 2016, Norja DOI:10.18261/ issn.1892- 2686-2016-01- 05	Selvittää sai- raanhoitajien näkökul- masta katsot- tuna, mitkä asiat ovat tär- keitä tekijöitä moniamma- tillisessa leik- kaustiimissä. Selvittää mitä tekijöitä tar- vitaan mo- niammatilli- sen yhteis- työn vahvis- tamiseen.	8 naispuoli- sen sairaan- hoitajan mielipide haastatte- lun avulla.	Laadullinen tutkimus, jossa käytetty materiaalin keräyksessä puolistruktu- roitua haas- tattelua ja avoimia kysy- myksiä.	Leikkaustiimin jäsen- ten välillä luottamus nousee tärkeäksi te- kijäksi. Arvokkaaksi olonsa tunteminen, tiimin jäsenten väli- nen ymmärrys ja kommunikaatio ovat tärkeitä tekijöitä, mutta kommunika- tio tiimin välillä on vaikeaa. Kommuni- kaation moniamma- tillisen leikkaustiimin sisällä vaikeaksi te- kee monen eri am- mattiryhmän edusta- jat, jolloin tiedon siir- rossa voi tulla kat- koja ja ristiriitoja.

Sevdalis, N., Hull, L. & Birnbach, J., 2012, USA & UK DOI: https://doi.org/10.1093/bja/aes391	Tarkastella syitä, miksi potilaiden turvallisuuden parantamiseksi ei ole syntynyt näkyviä tuloksia. Sen lisäksi kartoitetaan syitä mitkä voivat edistää turvallisuutta. Lisäksi olemassa olevan tietopohjan avulla tarjotaan suosituksia potilasturvallisuuden parantamiseksi.		Kirjallisuuskatsaus.	Lukuisien tutkimuksien ja toimintakerptomuksien mukaan potilasturvallisuuden parantaminen ei ole edennyt niin nopeasti, kun on ajateltu. Virheitä on tapahtunut viimeisten vuosien aikana tasaisesti, eikä niitä ole saatu vähennettyä. Tuloksien mukaan joidenkin turvallisuus indikaattorien vaikutus on parantamassa, toisten huonontumassa ja joidenkin pysyy samassa.
McDowell, D.S. & McComb S.A., 2014 https://doi.org/10.1016/j.aorn.2013.11.015	Tutkimuksen tarkoituksena on kerätä tietoa ammattilaisten käsityksistä potilasturvallisuuden tarkastuslistasta sekä tiimin jäsenten osallistumisesta tarkastuslistan käyttöön.	23 tutkimusta, jotka on toteutettu 17 eri maassa.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Tutkimukset ovat osoittaneet, että tiimin jäsenten osallistuminen tarkastuslistan käyttöön jakaa mielipiteitä. Tarkastuslistan käyttö saa aikaan tehostetun potilasturvallisuuden sekä leikkaustiimin jäsenten välinen viestintä parani tarkastuslistan käytön seurauksena.
Ingvarsdottir, E. & Halldorsdottir, S., 2018, Islanti DOI: 10.1111/scs.12532	Tunnistaa kokeneiden leikkaussalihoitajine näkökulmasta, kuinka potilasturvallisuutta voidaan parantaa leikkauksalissa.	Yksilöitä haastatettiin 15, joista valikoitui 11 leikkaussali sairaanhoitajaa lopulliseen tutkimukseen henkilöiden	Yksilö haastattelu.	Tutkimuksen päätuloksena on hallita riskejä ja estää potilasta vahingoittumasta. Saada aikaan potilaalle turvallinen olo ja tukea potilaan turvallisuutta koko leikkauksen ajan ja tunnistaa kaikki turvallista vaarantavat

		nimettömyyden säilyttämiseksi. Lisäksi haastateltiin 3 leikkaussalihoitajaa lyhyemmin, jotta saatiin vastauksia tärkeimpiin kysymyksiin.		uhat. Tuloksista nousi esille neljä pääaiheita, jotka olivat potilaan haavoittuvuuden kunnioitus, myötävaikuttaa leikkaussalin turvallisuuskulttuuriin, leikkaussalisairaanhoitajan välttämättömät taidot sekä viedä potilas läpi perioperatiivisen prosessin turvallisesti.
Fajemilehin, B. R., Oyediran, O. O., Faronbi, J. O. & Ajibade, B. L., 2016, Nigeria DOI:10.4172/2161-1076.C1.024	Tavoitteena arvioida sairaanhoitajien turvallisuuskäytänteitä, joiden avulla pystytään takaamaan potilaan turvallisuus leikkauksissa.	Kysely, jossa vastausvaihtoehtoina ollut kyllä/ ei vastauksia. Lisäksi kyse-lyssä on käytetty li- kertin as- teikkoa. Otoksessa 2 periopera- tiivista sai- raanhoita- jaa	Kuvaileva poikkileik- kaus.	Tuloksissa käy ilmi, että suurella osalla leikkaussalin sairaan- hoitajista on hyvät tietämykset turvalli- suuskäytännöistä. Tuloksissa käy ilmi, että Nigerian suun- nalla ei niinkään kiin- nitetä huomiota oi- kean leikkauspuolen merkitsemiseen, joka tutkimuksen mukaan johtuu siitä, etteivät leikkaussali sairaanhoitajat vält- tämättä tunnista oi- kean leikkausalueen merkintää ehkäise- vänä tekijänä vää- rälle toimenpiteelle.